



**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

**Curso Académico 2014/2015**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ICTUS**

**Autora:** M<sup>a</sup> Pilar Pintiel Arruego.

Directora: Concepción Tomás Aznar.

---

## INDICE

---

✚ RESUMEN	2
✚ INTRODUCCIÓN	5
✚ OBJETIVOS	8
✚ METODOLOGÍA	8
✚ DESARROLLO	10
✓ Análisis de la revisión bibliográfica	10
✓ Diseño del programa	12
✚ CONCLUSIONES	21
✚ BIBLIOGRAFÍA	22
✚ ANEXOS	26
✓ ANEXO I: Factores de riesgo cardiovascular según tipo	26
✓ ANEXO II: Cuadro de revisión bibliográfica	27
✓ ANEXO III: Cartelería	32
✓ ANEXO IV: Ficha inicial	33
✓ ANEXO V: Tríptico del programa	34

---

## RESUMEN

---

### *Introducción:*

El ictus es la segunda causa de muerte en España y la principal causa de invalidez, incapacidad y demencia en los países desarrollados. El desconocimiento de la enfermedad, la emergencia que representa, el deficiente control de los factores de riesgo y la tendencia al envejecimiento poblacional hacen necesaria la creación de estrategias eficaces para la disminución del impacto de dicha enfermedad.

### *Objetivos:*

Diseñar un programa de educación sanitaria para pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en Atención Primaria según los factores de mayor riesgo y las estrategias más eficaces identificadas mediante una revisión bibliográfica.

### *Metodología:*

1. Realización de una revisión bibliográfica.
2. Diseño de un programa de prevención del ictus dirigida a las personas con factores de riesgos predisponentes y modificables en Atención Primaria según los problemas identificados a partir de la revisión bibliográfica y aplicación de la taxonomía NANDA.

### *Desarrollo:*

1. Análisis de la información para identificar los principales factores de riesgo de ictus y priorizar las medidas más efectivas de prevención primaria y secundaria.
2. Diseño del programa estructurado en cuatro sesiones orientadas al conocimiento de la enfermedad, la emergencia que representa, (FRCV), Dieta Mediterránea, ejercicio y abandono de los hábitos tóxicos.

*Conclusiones:*

La creación de programas de prevención que conciencien a la población de la importancia de conocer el ictus, actuar con rapidez, controlar los factores de riesgo y tener un estilo de vida saludable mejorarían la calidad de vida de la comunidad y evitarían la mayoría de los episodios de ictus y comorbilidades.

*Palabras clave:* "ictus", "prevención primaria", "factores de riesgo cardiovascular", "epidemiología".

---

*ABSTRACT*


---

*Introduction:*

The stroke is the second leading cause of death in Spain and the leading cause of disability, incapability and dementia in developed countries. Ignorance of the disease, the emergency represents a poor control of risk factors and the trend to population aging require the development of effective strategies for reducing the impact generated by the disease.

*Objectives:*

Designing a program of health education for patients with cardiovascular risk factors (CRF) in Primary Care under the higher risk factors and the most effective strategies identified through a literature review.

*Methodology:*

1. Performing a literature review.
2. Design of the stroke prevention program aimed at people with predisposing factors and modifiable risk in primary care according to the problems identified from the literature review and implementation of the NANDA taxonomy.

### *Development:*

1. Information analysis to identify the main risk factors of the stroke and prioritize the most effective measures of primary and secondary prevention.
2. Design of the program structured into four sessions aimed at knowledge of the disease program, the emergency represents (CRF), Mediterranean Diet, exercise and abandonment of toxic habits.

### *Conclusions:*

The creation of prevention programs that raise awareness among the population about the importance of knowing the stroke, act quickly, controlling risk factors and have a healthy lifestyle would improve the quality of life of the community and would prevent the most episodes stroke and comorbidities.

*Keywords:* "the stroke", "primary prevention", "cardiovascular risk factors", "epidemiology", "cardiovascular risk"

---

## INTRODUCCIÓN

---

El accidente cerebrovascular (ACV), más conocido como ictus proviene del latín “golpe” y se clasifica en dos grandes grupos: isquémicos, que representan el 80% del total, y los hemorrágicos con un 20%. Es una súbita interrupción del flujo sanguíneo al cerebro que persiste durante 24 horas causando lesiones en el encéfalo<sup>1, 2</sup>.

El ataque isquémico transitorio (AIT), tiene una duración inferior a 24 horas y se caracteriza por no presentar necrosis en el parénquima cerebral y por ser el precedente de un 20% de la totalidad de los ictus <sup>2,3</sup>.

El estudio ICTUSCARE cifra la incidencia anual en 187 casos por 100.000 habitantes y la prevalencia entre 500-800 casos por 100.000 habitantes y en 2013, el Instituto Nacional de Estadística (INE), registró 27850 muertes por enfermedades cerebrovasculares en España colocando al ictus como la segunda causa de muerte y una de las principales causas de invalidez, incapacidad y demencia entre los países desarrollados <sup>4-6</sup>.

El ictus representa entre un 3-4 % del gasto sanitario y es frecuente a partir de los 55 años aumentando con la edad. En el 2050 la OMS calcula que los mayores de 65 años representarán el 46% de la población y se estima que la mitad de ellos pueden padecerlo. El intervalo de 15 a 45 años representa un 12% de los casos <sup>6-11</sup>.

El “Código Ictus” es un protocolo para la identificación temprana de signos y síntomas, priorización de cuidados y traslado urgente a un hospital con unidad de ictus (UI) especializada. Los datos confirman que si un paciente es atendido por un neurólogo en un periodo ventana de 3 a 4 horas se reducen significativamente las secuelas y la mortalidad. Para ello es necesario que los pacientes conozcan los factores de riesgo, la sintomatología y la necesidad de acudir con rapidez al hospital <sup>2,3, 10,12</sup>.

El ACV y su sintomatología son poco conocidas; un 83% de las personas que lo sufren no saben lo que les ocurre; de ellos el 56% acudirán a urgencias antes de contactar con el 061, el 18% a su médico de atención primaria aún a riesgo de que no se le cite en el día y un 25% optará por hacer reposo. Estudios científicos evidencian la falta de conocimientos por parte de los pacientes, siendo la primera de las causas de confusión las muchas acepciones disponibles para nombrar el ictus <sup>1, 2,10-13</sup>.

En 2011 el Hospital del Mar presentó un estudio realizado con pacientes que ya habían padecido un ictus. Antes de que se les proporcionara educación para la salud, solo un 27.35% conocía las causas de su dolencia y tan solo el 32.48% sabría reconocer los síntomas<sup>13</sup>.

Los síntomas característicos son pérdida de fuerza, sensibilidad o acorchamiento de alguna de las extremidades, debilidad en cara o extremidades de un lado del cuerpo, visión doble, disartria, sensación de vértigo, dolor súbito de cabeza y confusión o desorientación repentina <sup>1-3,14-16</sup>.

La prevención primaria y secundaria del ictus debe estar orientada al control de los factores de riesgo modificables tales como las dislipemias, la obesidad abdominal, el hábito tabáquico, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial <sup>2,3</sup>.

En España en el año 2011 el 61.8% de la población era dislipémica, un 42.9% presenta obesidad abdominal, la diabetes afecta al 35.6%, el 25.1% fuma y el 84.2% tiene hipertensión. En Aragón el 20.4% de los mayores de 16 años presenta hipertensión, siendo ésta la responsable de un aumento de 5 veces del riesgo de padecer infartos cerebrales silentes que se descubren con posterioridad. (*Anexo I*) <sup>4, 9, 17,18</sup>.

En la prevención de la enfermedad cerebrovascular el control de todos los factores de riesgo modificables supondría la disminución del 80% de los ictus, pero solo un tercio consigue controlarlos a pesar del tratamiento farmacológico. Existen evidencias científicas de que unas medidas higiénico-

dietéticas adecuadas consistentes en Dieta Mediterránea (DMed), ejercicio moderado y abandono del hábito tabáquico reducirían el riesgo de padecer un ictus <sup>14, 19, 20,29</sup>.

Desde atención primaria es posible mantener un control sobre los factores de riesgo modificables. La necesidad de realizar una intervención preventiva vendrá determinada por el riesgo vascular del paciente en su conjunto <sup>2, 3, 9,15</sup>.

En España se utilizan tablas para valorar el riesgo cardiovascular tales como Framingham, Registre Gironi del Cor (REGICOR) y Systematics Coronary Risk Evaluation (SCORE) que están disponibles para profesionales en el ámbito sanitario <sup>20,21</sup>.

Uno de los factores de riesgo que se asocia a la enfermedad cerebrovascular es la dieta. En la actualidad el consumo de energía y nutrientes excede el 80% del recomendado debido al consumo excesivo de carnes rojas, productos cárnicos procesados y grasas. Según la OMS 2.635.000 personas mueren anualmente debido a la ingesta insuficiente de frutas y verduras, el consumo de 600 gramos diarios de fruta y verdura reduciría la carga de ictus en un 19% <sup>20, 23</sup>.

El ensayo PREDIMED valora la eficacia de la DMed en pacientes con 3 factores de riesgo cardiovasculares, para evaluar la prevención en la mortalidad, dando como resultado una reducción del 30% del riesgo de muerte. Un control adecuado de los factores de riesgo mediante DMed y ejercicio disminuiría el gasto sanitario, reduciría las interacciones medicamentosas y comorbilidades en pacientes polimedicados <sup>19</sup>.

La creación de programas de salud que aumenten los conocimientos sobre el ictus, actuación frente a un posible episodio y el inicio de intervenciones que reduzcan los factores de riesgo vascular y mejoren las medidas higiénico-dietéticas salvaría más vidas que todos los tratamientos trombolíticos, antiagregantes y neuroprotectores juntos <sup>21,28</sup>.



La educación para la salud, la implicación del paciente en la gestión de la misma y de los recursos disponibles forman parte del ámbito de los cuidados de enfermería y por ello, dada la magnitud del problema expuesto y la posibilidad de actuación, se plantean los siguientes objetivos:

---

### OBJETIVOS

---

- ✚ Describir, a partir de la revisión bibliográfica, los factores que se han identificado de mayor riesgo de ictus y las medidas más efectivas de prevención primaria y secundaria.
- ✚ Diseñar un programa de educación sanitaria para la prevención del ictus en pacientes con factores de riesgo modificables en Atención Primaria.

---

### METODOLOGÍA

---

Este estudio consta de dos partes diferenciadas:

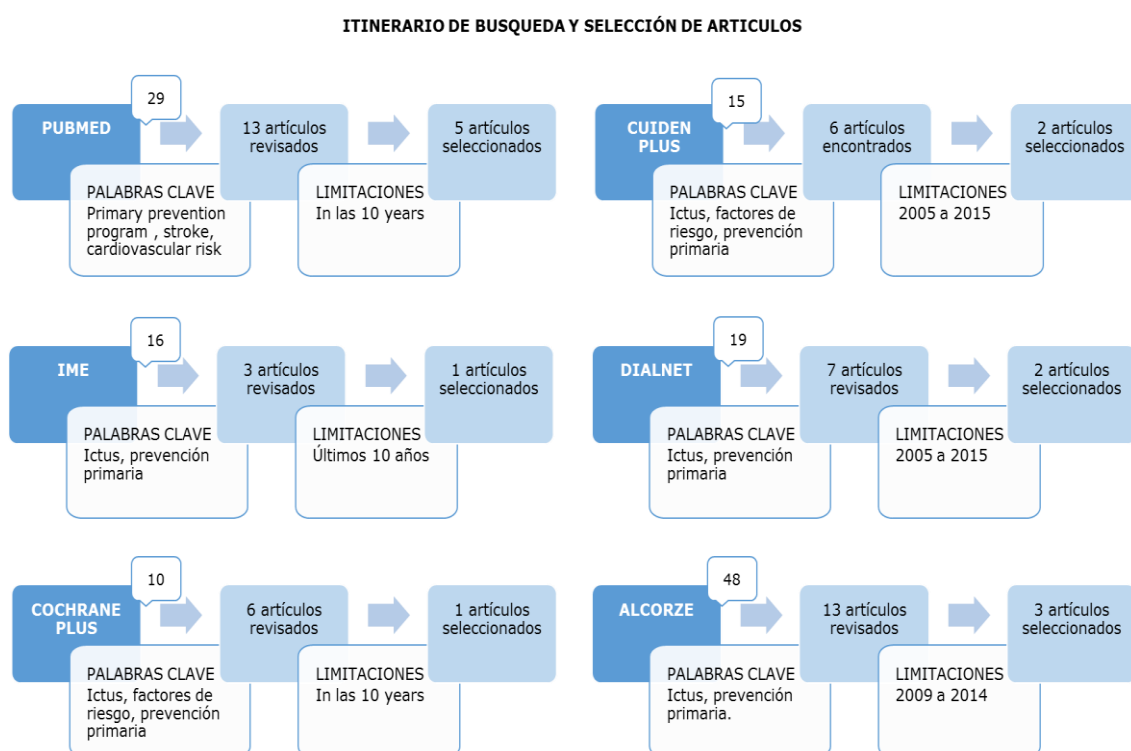
#### 1. Revisión bibliográfica

Estrategia de búsqueda:

- ✚ Se han utilizado las bases de datos Alcorze, Pubmed Plus, IME, Cochrane Plus, Cuiden Plus, Dialnet, Google Académico y Scopus.
- ✚ Palabras clave escogidas: "ictus", "prevención primaria", "factores de riesgo cardiovascular", "epidemiología", "stroke", "primary prevention", "cardiovascular risk", utilizando los booleanos AND.
- ✚ Criterios de inclusión: Se limitó la búsqueda a artículos en inglés y español, y de los últimos 10 años.

- ✚ Criterios de exclusión: artículos duplicados, prevención terciaria, tratamientos farmacológicos y aquellos que no trataran factores de riesgo modificables o estrategias de prevención.

Para completar la búsqueda se extrajo información relevante de las páginas web oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gobierno de Aragón, Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad y Federación Española de Ictus. En el siguiente diagrama se muestran las estrategias de búsqueda y resultados obtenidos:



- ✚ Análisis de la información: se describen los hallazgos sobre los factores de riesgo de ictus y se seleccionan y priorizan las medidas más efectivas de prevención primaria y secundaria.

2. Diseño de un programa de prevención del ictus dirigida a las personas con factores de riesgos predisponentes y modificables en Atención Primaria, según el siguiente esquema:

- ✚ Se estructura el programa en base a la aplicación de la taxonomía NANDA e identificación de los diagnósticos NANDA y NOC-NIC;
  - ✓ Problemas, identificados a partir de la revisión bibliográfica y aplicación de la taxonomía NANDA.
  - ✓ Objetivos.
  - ✓ Actividades del programa.
  - ✓ Identificación de recursos, materiales, humanos y financieros.
  - ✓ Evaluación e indicadores.

---

## *DESARROLLO*

---

### *1. ANÁLISIS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.*

De las 32 referencias bibliográficas incluidas se seleccionaron 14 artículos, que corresponden a estudios de prevención primaria y secundaria y revisión de guías clínicas, en los que se recogen los principales problemas y las estrategias más efectivas en materia de prevención (Anexo II).

Los estudios descriptivos ponen de manifiesto un desconocimiento por parte de los pacientes y familiares de la enfermedad y sus síntomas y un deficiente control y conocimiento de los factores de riesgo implicados siendo la hipertensión arterial el factor de mayor prevalencia. <sup>4, 10,12, 17.</sup>

Diez-Ascaso <sup>1</sup>, en su estudio realizó entrevistas en profundidad a una muestra de 100 pacientes, con un episodio previo de ictus, revelando un desconocimiento de la enfermedad y sus factores de riesgo, atribuyéndose a algo fortuito, que se agrava por el bajo nivel cultural y una deficiente comunicación médico- paciente.

El programa de educación sanitaria del Hospital del Mar consiguió un aumento de los conocimientos en pacientes y familiares y una mejora de las relaciones profesional-paciente <sup>13</sup>.

En New York, un estudio de ensayo entre pacientes de bajos ingresos, objetivó un descenso de la HTA en los pacientes que acudieron a un taller de autogestión tras un primer episodio de ictus <sup>27</sup>.

La efectividad de diferentes intervenciones se pone de manifiesto en varios de los estudios analizados. Fuentes B<sup>14</sup>, mediante la revisión de evidencias en su guía para el tratamiento preventivo del ictus y AIT, concluye con la necesidad de una modificación del estilo de vida en colaboración con el tratamiento farmacológico, según los criterios de prevención correspondientes <sup>14</sup>.

El estudio EBRICTUS, detectó un aumento de la prevalencia de los factores de riesgo, en pacientes con ictus previo, que elevaba a un 47% el riesgo de padecer una recidiva y demostró la eficiencia de la prevención primaria y secundaria con respecto al riesgo de padecer un ictus <sup>29</sup>.

La DMed, en discrepancia con el National Cholesterol Education Program de EEUU, promueve el aumento del consumo de grasas hasta un 40% con aceite de oliva y frutos secos, una unidad de vino en las comidas, aumento de la ingesta de frutas, verduras y legumbres, consumo alto-moderado de carnes blancas y lácteos y escaso de carnes rojas y cárnicos procesados, reduciendo así la incidencia de eventos cardiovasculares en personas sanas y la mortalidad por todas las causas en personas con enfermedades cardiovasculares <sup>19,23,26,28</sup>.

El estudio PREDIMED y el estudio de Estruch demostraron la eficacia de la DMed reduciendo hasta en un 30% el riesgo relativo de padecer 3 complicaciones cardiovasculares mayores cada 1000 personas/año <sup>19,28</sup>.

El metaanálisis llevado a cabo por Lock K<sup>23</sup>, reivindica el aumento de las políticas de salud pública en materia de alimentación que potencien el consumo de frutas y verduras como medida de control de las enfermedades no transmisibles.

La mayor parte de los artículos revisados abogan por la realización de campañas de educación y concienciación social que aumenten los

conocimientos acerca de la enfermedad, la emergencia que representa y sus factores de riesgo, así como por la necesidad de fomentar un estilo de vida saludable como medida preventiva <sup>1, 10, 12, 13,23,26-29</sup>.

## 2. DISEÑO DEL PROGRAMA.

El programa se realizará en un Centro de Atención Primaria teniendo en cuenta lo establecido en las Guías de Salud, estudios de intervención y metaanálisis incluidos en la bibliografía <sup>2-3, 14, 20, 23,26-28</sup>.

### *Problemas identificados*

Los Problemas identificados en la revisión bibliográfica se han etiquetado con los diagnósticos NANDA correspondientes que se recogen en la siguiente tabla;

DIAGNÓSTICO NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
Gestión ineficaz de la propia salud <b>(00078)</b>	Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria Fracaso en emprender acciones para reducir los factores de riesgo	Deficit de conocimientos
Salud deficiente de la comunidad <b>(00215)</b>	Inexistencia de un programa para la prevención de uno o más problemas de salud de un grupo o población.	El programa aborda parcialmente el problema de salud
Conocimientos deficientes <b>(00126)</b>	Seguimiento inexacto de las instrucciones	Poca familiaridad con los recursos para obtener información

### Objetivos del programa

Los objetivos del programa, recogidos en la siguiente tabla, se plantean en base a la taxonomía enfermera NOC y NIC correspondientes a cada diagnóstico NANDA;

<b>* 00078 Gestión ineficaz de la propia salud</b>	
<b>NOC</b>	<b>NIC Y ACTIVIDADES</b>
<b>1813 - Conocimiento: régimen terapéutico</b> 181301. Justificación del régimen terapéutico. 181302. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. 181305. Descripción de la dieta prescrita. 181307. Descripción de la actividad prescrita. 181308. Descripción del ejercicio prescrito.	<b>5614 – Enseñanza: dieta prescrita</b> - Instruir a la paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. - Ayudar a la paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a su receta favorita en la dieta prescrita. <b>5612 – Enseñanza: actividad, ejercicio prescrito</b> - Informar a la paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. - Informar a la paciente de que la actividad física regular está asociada a una reducción del riesgo de enfermedad y mortalidad cardiovascular.
<b>* 00215 Salud deficiente de la comunidad</b>	
<b>NOC</b>	<b>NIC Y ACTIVIDADES</b>
<b>2810-Control del riesgo social:tradiciones culturales no saludables.</b> -281008. Programas educativos para el refuerzo de prácticas culturales saludables.	<b>5510-Educación para la salud</b> -Ayudar a las personas, familia y comunidad para clarificar las creencias y valores sanitarios. - Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicio etc., a las personas, familias y grupos que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobretodo para los niños
<b>* 00126 Conocimientos deficientes</b>	
<b>NOC</b>	<b>NIC Y ACTIVIDADES</b>
<b>1803 - Conocimiento: proceso de la enfermedad</b> -180302. Descripción del proceso de la enfermedad. - 180303. Descripción de las causas o factores contribuyentes. - 180304. Descripción de los factores de riesgo. - 180306. Descripción de los signos y síntomas. - 180311. Descripción de precauciones para prevenir complicaciones.	<b>5602 – Enseñanza: proceso de la enfermedad</b> - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad. - Instruir a la paciente sobre cuales son los signos y síntomas de los que debe informarse al médico y/o enfermera.

### *Población diana*

- ✚ Personas sanas sin enfermedad cardiovascular conocida, con factores de riesgo y valoración en la escala Score  $\geq 1$ .
- ✚ Pacientes con enfermedad vascular conocida y/o sus familiares.

### *Actividades*

La captación se realizará por parte de enfermería y profesionales médicos en las consultas de atención primaria de forma oportunista, aprovechando los pacientes que acuden a la consulta, o de forma activa utilizando el programa informático para la detección de pacientes de riesgo.

- ✚ Se colocarán carteles informativos del programa en la puerta de acceso al centro de salud correspondiente, en la zona de información para pacientes y en la sala de espera común (*Anexo III*).
- ✚ Se rellenará una ficha preestablecida con los datos relevantes para el cálculo del riesgo cardiovascular (*Anexo IV*).
- ✚ Si no se poseen datos recientes de colesterol y hemoglobina glicosilada se planificará con su médica/o de familia la realización de los mismos.
- ✚ Se explicará al paciente brevemente de lo que trata el programa de salud, porqué debería de estar incluido, número de sesiones, lugar, fechas y hora y se les remitirá al código QR incluido en la cartelería y un enlace donde encontrarán un desarrollo más amplio y un apartado de preguntas frecuentes.
- ✚ Se incluirá un máximo de 16 pacientes por sesión.

### *Sesiones y cartas descriptivas*

#### **Sesión I “todo sobre el ictus”**

Contenido Temático: Qué es, cómo se produce, factores asociados y actuación.

- ✚ Proyección de dos videos cortos de la Federación Española del ictus (FEI);
  - ✓ “DIA MUNDIAL DEL ICTUS; Actúa contra el ictus”
  - ✓ “Sospecha del ictus 2”

- ✚ Entrega de ficha de recogida de datos con riesgo cardiovascular, tabla SCORE e información resumen de la charla con contactos y direcciones de asociaciones de Ictus Nacionales y de la comunidad autónoma así como direcciones de los hospitales de referencia en caso de ictus de la comunidad autónoma y teléfonos de emergencia.
- ✚ Visita de un voluntario con un episodio previo de ictus que contará su experiencia antes, durante y después de lo acontecido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Serán capaces de;	MATERIAL DIDÁCTICO	TECNICA DIDÁCTICA	TIEMPO
✚ Explicar brevemente qué es un ictus y cómo se produce.	• Cuestionario previo	➤ Cuestionario de conocimientos previo.	10min
✚ Reconocer los signos y síntomas propios de un ictus.	• Proyección de videos.	➤ Se describirá que es un ictus, como se produce, signos y síntomas y qué hacer frente a un posible ictus y de cuánto tiempo de reacción se dispone.	30min
✚ Conocer el alcance actual de la enfermedad.	• Ordenador con conexión.		20min
✚ Identificar algunas de las causas más frecuentes.	• Proyector.	➤ Se enumerarán los factores de riesgo.	10min
✚ Enumerar los pasos a seguir frente a una sospecha de ictus y de describir en que consiste el ictus y su periodo ventana	• Bolígrafos.	➤ Descanso	15min
	• Dossier del curso con información de charla.	➤ Se empleará ficha de recogida de datos y tabla SCORE para conocer el riesgo real.	20min
	• Ficha de recogida de datos y tabla SCORE.	➤ Se ejemplificará la charla con las experiencias de un paciente con ictus previo.	15min
	• Visita de voluntario.		
	• Cuestionario final	➤ Debate , dudas y cuestionario final	



## Sesión II “factores de riesgo cardiovascular”

Contenido Temático: cuales son, complicaciones y parámetros deseables.

### ✚ Entrega de información:

- ✓ De cada factor de riesgo asociado
- ✓ De los parámetros en los que deben de permanecer en cuanto a cada factor.
- ✓ Información y orientación para el abandono del hábito tabáquico y/o otros hábitos tóxicos.

### ✚ Entrega de hojas de registro semanal para el control de todas las ingestas realizadas diariamente que cumplimentarán para la siguiente sesión.

OBJETIVOS ESPECIFICOS Serán capaces de;	MATERIAL DIDACTICO	TECNICA DIDACTICA	TIEMPO
✚ Citar los factores de riesgo cardiovascular.	• Ordenador con conexión.	➤ Se describirán los factores de riesgo cardiovascular	35min
✚ Relacionar los valores deseables con cada factor de riesgo.	• Proyector.	➤ Se explicarán los riesgos y complicaciones derivados de cada factor	30min
✚ Detectar las prácticas saludables para cada factor.	• Bolígrafos.	➤ Descanso	15min
✚ Identificar algunas complicaciones de cada factor.	• Dossier del curso con información de charla.	➤ Se listará los parámetros deseables de cada factor.	10min
	• Entrega de hojas de registro semanal alimentario	➤ Se explicará cómo realizar la hoja de registro semanal alimenticia	10min
	• Cuestionario final	➤ Debate , dudas y cuestionario final	20min

### Sesión III “alimentación”

Contenido Temático: DMed; cómo y por qué introducirla en nuestra rutina.

- ✚ Se realizará una puesta en común de las hojas de registro semanales y una de registro tipo de DMed.
- ✚ Se plantearán conjuntamente correcciones y alternativas saludables en los registros y cada paciente hará una evaluación personal sobre su dieta habitual.
- ✚ Entrega de información y web de consulta sobre DMed, calendario de alimentos de temporada, alimentos admitidos y prohibidos y recetas de cocina.

OBJETIVOS ESPECIFICOS Serán capaces de;	MATERIAL DIDACTICO	TECNICA DIDACTICA	TIEMPO
✚ Comparar su hoja de registro semanal alimenticia con una hoja tipo de Dieta Mediterránea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenador con conexión.</li> <li>Proyector.</li> <li>Bolígrafos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se explicará la Dieta Mediterránea y los beneficios de la misma.</li> <li>➤ Se defenderá que un estilo de vida sana con medidas higiénico-dietéticas adecuadas reduce considerablemente los factores de riesgo vascular y el de padecer un ictus.</li> </ul>	30min
✚ Describir los principales rasgos de una Dieta Mediterránea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información de charla.</li> </ul>		20min
✚ Realizar una corrección de la dieta del registro con alimentos de temporada y acorde con la Dieta Mediterránea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de hojas Pirámide de Naos, alimentos de temporada y recetas propuestas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Descanso</li> </ul>	15min
✚ Enlistar algunos de los alimentos prohibidos y permitidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega de información de páginas web de consulta.</li> <li>Cuestionario final</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se comparará y corregirá la dieta de la hoja de registro con una tipo de DMe.</li> <li>➤ Se indicarán alimentos prohibidos y permitidos y se ayudará a sustituir ingredientes.</li> <li>➤ Debate , dudas y cuestionario final</li> </ul>	25min
			15min

## Sesión IV “ejercicio y vida sana”

Contenido Temático: Tipos de ejercicio; cuál, cómo y cuánto ejercicio me conviene.

- ✚ Los pacientes acudirán a la sesión con ropa cómoda para una clase práctica de estiramientos y calentamiento.
- ✚ Entrega de información sobre iniciación al ejercicio que contendrá:
  - ✓ Tipo de ejercicio más conveniente
  - ✓ Cómo iniciar el ejercicio e intensidades
  - ✓ Cuánto ejercicio debo de hacer y cuántas horas a la semana
- ✚ Entrega de contactos sobre grupos activos de actividades deportivas y caminar en la ciudad.
- ✚ Visita de uno de los miembros “Parques con corazón” para contar su experiencia personal e invitarles a probar un día.
- ✚ Entrega de tríptico del programa (*Anexo V*).

OBJETIVOS ESPECIFICOS Serán capaces de;	MATERIAL DIDACTICO	TECNICA DIDACTICA	TIEMPO
✚ Comparar los beneficios de hacer ejercicio con los de una vida sedentaria.	• Ordenador con conexión.	➤ Se explicarán los tipos de ejercicio recomendados según la pirámide de Naos.	15min
✚ Relacionar los distintos tipos de ejercicios con el tiempo e intensidad recomendado.	• Proyector.	➤ Se expondrán los beneficios de hacer ejercicio para disminuir los factores de riesgo.	25min
✚ Enlistar las pautas a seguir antes, durante y después de realizar ejercicio físico intenso o moderado.	• Bolígrafos.	➤ Se explicarán las pautas para comenzar a realizar ejercicio físico intenso y moderado	15min
✚ Argumentar que un estilo de vida basado en Dieta Mediterránea y ejercicio regular reduce los factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de padecer un ictus.	• Dossier Información de charla.	➤ Descanso	15min
	• Entrega de guía sobre cómo comenzar a hacer ejercicio.	➤ Se realizarán estiramientos y calentamiento	15min
	• Trípticos resumen del programa con imán de nevera.	➤ Se ejemplificará con el testimonio e invitación de un voluntario de “Parques con corazón”.	20min
	• Cuestionario final	➤ Debate , dudas y cuestionario final	15min

Los pacientes seguirán controlándose en la consulta de atención primaria mensualmente donde se consensuará individualmente nuevos objetivos de salud y se trabajará para el mantenimiento de los adquiridos.

### *Identificación de recursos*

En el centro de salud correspondiente se acondicionará un área con un ordenador, un proyector, bolígrafos y sillas para 16 personas. Los carteles y trípticos del programa vendrán predeterminados así como la información que se destinará por sesión a los pacientes en el interior de una carpeta-dossier con la que se les obsequiará el primer día.

El programa de salud será llevado a cabo por el personal de enfermería y la médica/o de los participantes del centro de salud del que se imparte con horas retribuidas para la preparación e impartición de la docencia. Contará con el apoyo de dos voluntarios; un monitor de la iniciativa "Parques con corazón" y la experiencia personal de un paciente con un episodio previo de ictus.

### *Presupuesto*

El presupuesto de los recursos necesarios para el desarrollo del programa, por cada grupo de pacientes, se identifican en el siguiente gráfico;



### Evaluación e indicadores

El instrumento para la evaluación será un cuestionario para valorar los conocimientos previos y los adquiridos:

- ✚ Al finalizar cada sesión se cumplimentará un cuestionario para conocer el porcentaje de personas que han aumentado sus conocimientos y para testar la satisfacción y calidad de los contenidos.
- ✚ En la última sesión se realizará un control de la tensión arterial para conocer el porcentaje de variación de la misma con respecto a la ficha inicial y un cuestionario mixto que recoja información cuantitativa y cualitativa de los siguientes aspectos:
- ✚ Indicadores:
  - ✓ Utilizando la hoja de registro semanal alimenticia comparar el cambio de hábitos de vida desde que comenzó el programa (porcentaje de personas que han modificado positivamente sus hábitos alimenticios)
  - ✓ Adquisición de nuevos conocimientos (porcentaje de personas que han aumentado sus conocimientos)
  - ✓ Satisfacción del programa. Porcentaje de personas satisfechas (adecuación de los contenidos, exposición y claridad por el docente), con el programa.

### Cronograma

El programa seguirá el siguiente cronograma previsto:

CRONOGRAMA EPS PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ICTUS																
ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
1. OBTENCIÓN MATERIALES Y MEDIOS																
2. CAPTACIÓN DE PACIENTES																
3. IMPARTICIÓN DE SESIONES																
4. EVALUACIÓN DEL CURSO																

---

## CONCLUSIONES

---

El ictus es la segunda causa de muerte en España produciéndose un episodio cada seis minutos. Los estudios revisados detectan como problemas principales el desconocimiento de la enfermedad, sus síntomas, la emergencia que representa y un control deficiente de los factores de riesgo.

Las Guías de salud y estudios revisados identifican como intervenciones más eficaces la creación de programas de prevención que conciencien a la población de la importancia de conocer la enfermedad y de actuar con rapidez y que promuevan un estilo de vida saludable consistente en la DMe, ejercicio físico regular, abandono de los hábitos tóxicos y un adecuado control y seguimiento de los factores de riesgo.

El diseño y ejecución desde atención primaria de un programa que promueva las medidas higiénico-dietéticas antes citadas mejoraría la salud y la calidad de vida del paciente además de evitar la mayoría de los episodios de ictus y comorbilidades.

El presente programa nos brinda la oportunidad de concienciar a la población sobre un problema creciente de salud y de fomentar el empoderamiento del paciente en la gestión y mejora de la propia salud y la de la comunidad.

*"Educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer"*

Florence Nightingale.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

(1) Díez-Ascaso O, Martínez-Sánchez P, Fuentes B, Díez-Tejedor E. Estudio sociocultural sobre la autopercepción del ictus y análisis de la comunicación médico-paciente. *Neurología*. 2011; 26(2):81-91.

(2) Ministerio de sanidad y política social [página principal en internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y política social: C2009 [citado 15 feb 2015]. [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>.

(3) Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del gobierno de Aragón [página principal en internet]. Zaragoza: Dirección general de planificación y aseguramiento, departamento de salud y consumo; C2009 [actualizado dic 2012; citado 15 feb 2015]. [Aprox 7 pantallas]. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06\\_Planes\\_Estrategia/Programa%20Ictus\\_actualizaci%C3%B3n2012.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/Programa%20Ictus_actualizaci%C3%B3n2012.pdf).

(4) Abellán Alemán J, Ruilope Urioste LM, Leal Hernández M, Armario García P, Tiberio López G, Martell Claros N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. *Med Clin*. 2011; 136(8):329-335.

(5) Instituto Nacional de Estadística [página principal en internet]. Madrid: Instituto nacional de estadística: C2015 [citado 1 mar 2015]. [aprox 4 pantallas] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>.

(6) Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MÁ, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 2013; 28(6):332-339.

- (7) Instituto Nacional de Estadística [página principal en internet]. Madrid: Instituto nacional de estadística; C2014 [Citado 1 mar 2015]. [Aprox 4 páginas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>.
- (8) Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa À. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. Clin Investig Arterioscler. 2013; 25(5):211-217.
- (9) Federación Española de Ictus [página principal en internet]. Barcelona: Federación Española de ictus; C2012 [Citado 15 feb 2015]. [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>.
- (10) Rasero Álvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I. Ictus: la formación que salva vidas. Hygia de enfermería. 2009;XVI(71):8-12.
- (11) Varona JF. Long-term prognosis of ischemic stroke in young adults. Stroke Res Treat. 2010;2011:1-5.
- (12) Oro M, Sanahuja-Montesinos J, Hernandez L, Seto E, Purroy F. The extent of knowledge about strokes among the population of a rural area in the province of Lleida. Rev Neurol. 2009; 48(10):515-519.
- (13) Rodríguez-Fernández E, Domínguez-González A, García-Dilla P, García-Mesa S, Núñez-Pedrosa R, Sánchez-Jiménez C. Desarrollo del programa de educación sanitaria del ictus agudo en el Hospital del Mar de Barcelona. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2011;(33):21-24.
- (14) Fuentes B, Gállego J, Gil-Núñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. Neurología. 2012; 27(9):560-574.
- (15) Ministerio de Sanidad y Consumo [página principal en internet]. Madrid: semfyc ediciones: C2007 [citado 1 mar 2015]. [aprox 7 pantallas]. Disponible en:



<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/preencionCardiovascular.pdf>.

(16) Organización Mundial de la Salud [página principal en internet]. Ginebra: OMS; C2013 [citado 1 feb 2015]. [aprox 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/#>.

(17) Riba-Llena I, Jarca CI, Mundet X, Tovar JL, Orfila F, Lopez-Rueda A, et al. Investigating silent strokes in hypertensives: a magnetic resonance imaging study (ISSYS): rationale and protocol design. BMC Neurol. 2013; 13:130-138.

(18) Serna Candell C, Moreno Pérez Ó, Moltó Jordà JM. Evidencia científica en el tratamiento de la hipertensión arterial crónica en la prevención del ictus. Med Clin. 2006; 127(16):626-633.

(19) Arós F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(10):771-774.

(20) Bejarano JML, Cuixart CB. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria. 2011; 43(12):668-677.

(21) Rigau Comas D, Gil Núñez A, Abilleira Castells S, Borrás Pérez F, Armario García P, Arrieta Antón E, et al. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus. Med Clin. 2009; 133(19):754-762.

(22) Parmar P, Krishnamurthi R, Ikram MA, Hofman A, Mirza SS, Varakin Y, et al. The Stroke Riskometer™ App: Validation of a data collection tool and stroke risk predictor. Int J Stroke. 2015; 10(2):231-244.

(23) Lock k, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M [página principal en internet]. Ginebra: OMS; C2013 [citado 1 feb 2015]. [aprox 5 pantallas]. Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumes/83/2/lock0205abstract/es/#](http://www.who.int/bulletin/volumes/83/2/lock0205abstract/es/#).

(24) Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Laurent S, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39

countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J*. 2011; 32(11):1424-1431.

(25) Modesti PA, Agostoni P, Agyemang C, Basu S, Benetos A, Cappuccio FP, et al. Cardiovascular risk assessment in low-resource settings: a consensus document of the European Society of Hypertension Working Group on Hypertension and Cardiovascular Risk in Low Resource Settings. *J Hypertens*. 2014; 32(5):951-960.

(26) Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Li TY, Fung TT, Li S, Willett WC, et al. The Mediterranean-style dietary pattern and mortality among men and women with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(1): 172-180.

(27) Kronish IM. Effect of peer education on stroke prevention: the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Stroke*. 2014; 45(11):3330-3336.

(28) Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013; 368(14):1279-1290.

(29) Clua-Espuny JL, Piñol-Moreno JL, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al. Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Rev Neurol*. 2012;54(2):81-92.

(30) Johnson M, Johnson M. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.

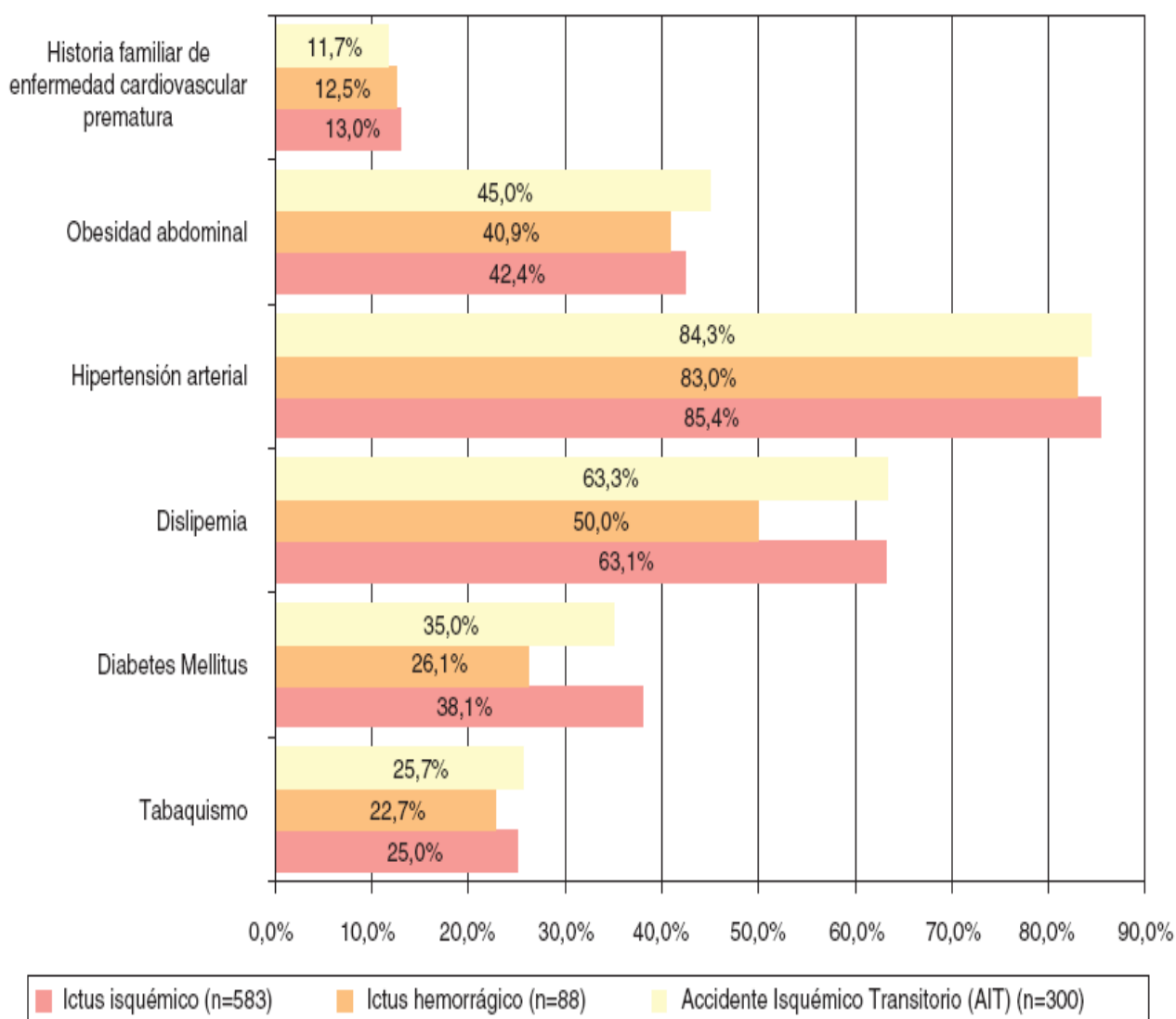
(31) Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Health Sciences; 2009.

(32) Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Health Sciences; 2009.

## ANEXOS

### (Anexo I) Factores de riesgo cardiovascular según tipo de ictus

J. Abellán Alemán et al/Med Clin (Barc). 2011;136(8):329-335



## Anexo II Cuadro de revisión bibliográfica

Autor / Autores	Tipo de estudio	Recogida información	Muestra	Resultados	Conclusiones
Lock k, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. (23)	<b>Metaanálisis</b>	Cálculo de la carga de morbilidad atribuible a una ingesta subóptima de frutas y verduras a partir de la información disponible sobre el consumo de esos productos en la población y sobre su asociación a seis resultados de salud. Los datos se estratificaron por sexo, edad y 14 regiones geográficas.	Población de 14 regiones geográficas estratificadas por sexo y edad asociados a seis resultados de salud.	La mortalidad mundial total atribuible a un bajo consumo de frutas y verduras se cifra actualmente en 2 635 000 defunciones anuales. El aumento del consumo individual de frutas y verduras hasta 600 g diarios podría reducir la carga mundial total de morbilidad en un 1,8%, y la carga de cardiopatía isquémica e ictus isquémico en un 31% y 19%, respectivamente. Para los cánceres de estómago, esófago, pulmón y colon/recto, las reducciones potenciales fueron del 19%, 20%, 12% y 2%, respectivamente.	Este estudio muestra el enorme impacto potencial del aumento de la ingesta de frutas y verduras como medida de reducción de la incidencia de numerosas enfermedades no transmisibles. Subraya la necesidad de hacer mucho más hincapié en los factores de riesgo alimentarios en las políticas de salud pública para hacer frente al aumento de las enfermedades no transmisibles observado en todo el mundo, e indica que la iniciativa intersectorial OMS/FAO propuesta para promover el consumo de frutas y verduras es un componente crucial de cualquier estrategia mundial centrada en el régimen alimentario.
Fuentes B, Gállego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. (14)	<b>Revisión</b>	Revisión de evidencias sobre los factores de riesgo y la oportunidad de modificación para prevenir el ictus isquémico y AIT. Niveles de evidencia y grados de recomendación basados en la clasificación del Centro de Medicina Basada en la Evidencia.		recomendaciones sobre la actuación sobre: presión arterial, DM, lípidos plasmáticos, consumo de tabaco y alcohol, dieta y actividad física, cardiopatías embolígenas, estenosis carotídea asintomática, terapia hormonal sustitutiva y anticonceptivos, hiperhomocisteinemia, estados protrombóticos y síndrome de apnea del sueño.	Se recomiendan en la prevención del ictus isquémico; la modificación de los estilos de vida y el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia según criterios de prevención primaria y secundaria.
Abellán Alemán J, Ruilope Urioste LM, Leal Hernández M, Armario García P, Tiberio López G, Martell Claros N.(4)	<b>Descriptivo</b>	Evaluación de FRCV, parámetros del grado de control, analíticos, antropométricos y tratamiento farmacológico indicado.	Muestra de 955 pacientes mayores de 18 años con ictus desde hace 3 meses a 10 años en atención primaria, puntuación escala ranking de 0 a 4 y consentimiento escrito	Los pacientes presentaron: 84,8% hipertensión, 61,8 % dislipemia, 42,9 % obesidad abdominal, 35,6 % diabetes, 25,1 tabaquismo y un 2,3 % ningún FRCV.	los pacientes que han sufrido un ictus presentan hipertensión como factor de riesgo cardiovascular ( FRCV) mas frecuente. El control de los FRCV en estos pacientes es deficiente.

Autor/Autores	Tipo de estudio	Recogida información	Muestra	Resultados	Conclusiones
Rasero Álvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I.(10)	<b>Descriptivo</b>	encuesta de 10 ítems; seis referidos al ictus, tres al infarto agudo de miocardio (IAM) y uno sobre la necesidad de formación sobre dichas patologías.	Muestra de 100 pacientes en Sevilla. De 45-80 años con riesgo de padecer ictus o de ser potencialmente cuidadores	59,4% reconoce ictus como infarto cerebral, 66,4% desconoce las causas, 50% reconoce el Infarto de Miocardio como patología de mayor gravedad y el 87,5% reconoce necesitar información a cerca del ictus.	Es fundamental impulsar campañas de educación para la salud sobre el ictus por el desconocimiento actual, con lenguaje unificado y de concienciación social sobre la emergencia que representa
Oro M, Sanahuja-Montesinos J, Hernández L, Seto E, Purroy F.(12)	<b>Descriptivo</b>	Cuestionario cerrado aleatorio en tres centros de salud.	Muestra de 153 sujetos elegidos aleatoriamente.	Un 6,5% Desconoce la enfermedad frente a un 26,7% que lo reconoce con el término ictus y un 86,9% termino embolia. 20,9% reconoce óptimamente los síntomas.84,5% acudiría a Atención Primaria (AP) en caso de AIT y 68% en caso de ictus. Loas mayores de 65 años presentan peores conocimientos y las personas con estudios universitarios son los que mejor reconocen la enfermedad y actúan.	El conocimiento de la enfermedad en la zona rural de Lérida es insatisfactorio y es necesaria una campaña de información para mejorar la implantación del código ictus.
Rodríguez-Fernández E, Domínguez-González A, García-Dilla P, García-Mesa S, Núñez-Pedrosa R, Sánchez-Jiménez C. (13)		Descripción de experiencia en el desarrollo del programa de la educación sanitaria del ictus agudo, donde se realiza educación individualizada y educación grupal	Muestra de 138 asistentes entre pacientes y familiares de ingresos en el Hospital del Mar de Barcelona.	Tras las sesiones informativas un 94,02% afirmaron saber qué es un ictus.117 encuestados comentaron que las sesiones educativas les habían aclarado muchas o bastantes dudas sobre la enfermedad.	El desarrollo de un programa de Educación sanitaria resultó aumentar los conocimientos de la enfermedad en los pacientes y sus familiares. Las sesiones grupales favorecen la comunicación profesional paciente.
Riba-Llena I, Jarca CI, Mundet X, Tovar JL, Orfila F, Lopez-Rueda A, et al.(17)	<b>Descriptivo</b>	Recopilación de datos clínicos,examen físico y pruebas vasculares, de evaluación cognitivay de laboratorio,protocolo de neuroimagen, visitas de seguimiento y tratamiento preventivo.	1.000 participantes, hipertensos de entre 50 y 70 años de edad, sin antecedentes de accidente cerebrovascular o demencia anterior con un seguimiento de al menos 3 años.		La mejora de los conocimientos sobre la frecuencia y los factores determinantes de estas lesiones en nuestro medio podría ayudar en el futuro a optimizar los tratamientos o establecer nuevas estrategias preventivas para reducir al mínimo las consecuencias clínicas y socioeconómicas de los accidentes cerebrovasculares y el deterioro cognitivo.

Autor/Autores	Tipo de estudio	Recogida información	Muestra	Resultados	Conclusiones
Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Li TY, Fung TT, Li S, Willett WC, et al.(26)	<b>Estudio de cohorte</b>	Dieta evaluada primera vez en 1986 para hombres y en 1980 para mujeres con un cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ) y repetidamente cada 2-4 . Consumo acumulado calculado con todos FFQs disponibles desde el diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares al final del seguimiento .	Muestra de 6137 hombres y 11278 mujeres diagnosticados hasta 2006 de IAM, ictus, angina de pecho, bypass coronario y angioplastia coronaria, con consentimiento de acceso a historia médica.	Un aumento de 2 puntos en la escala Amed se asoció con una reducción de un 7% en riesgo de mortalidad total	La adherencia a un patrón de Dieta Mediterránea se asocia con un descenso de la mortalidad por todas las causas en personas con enfermedades cardiovasculares.
Clua-Espuny JL, Piñol-Moreno JL, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al.(29)	<b>Estudio de cohorte</b>	Análisis de FRCV, riesgo relativo asociado (RR) y control según objetivos del Plan Director de Enfermedades Cardiovasculares, riesgo cardiovascular y riesgo de recurrencia; y análisis multivariante de Cox de supervivencia.	553 casos (283 varones y 270 mujeres),entre 15-89 años, con historia clínica activa en cualquiera de las ocho áreas básicas de salud participantes durante, al menos, los cinco años previos al episodio según el censo del Registro Central de Asegurados del CatSalut , y con un diagnóstico explícito del episodio de ictus agudo en cualquiera de sus registros sanitarios.	Aumentó la prevalencia de hipertensión arterial (74,9% frente a 88,7%), fibrilación auricular (9,9% frente a 16%) y dislipemia (37,8% frente a 49,8%), y mejoró su control. Existen diferencias en la distribución de los FRCV según el sexo y la edad. El 47% (intervalo de confianza del 95%, IC 95% = 42,8-51,2) tiene un alto riesgo de recidiva, produciéndose recurrencias cardiovasculares en el 15,7%, de las cuales el 48,3% fueron ictus. Los factores pronósticos independientes para la supervivencia global fueron la edad (RR = 1,08; IC 95% = 1,001-1,179) y la incidencia de un nuevo episodio cardiovascular (RR = 6,97; IC 95% = 2,23-21,7).	La prevención cardiovascular secundaria es más efectiva y decisiva en los resultados de supervivencia.



Autor/Autores	Tipo de estudio	Recogida información	Muestra	Resultados	Conclusiones
Arós F, Estruch R.(19)	<b>Ensayo</b>	Historia clínica completa,tres grupos: DMed suplementada con aceite de oliva virgen extra,DMed suplementada con frutos secos y DBG.sessiones individuales y grupales y seguimiento medio de casi 5 años.	7.447 participantes en las franjas de edad 55-80 años (varones) y 60-80 años (mujeres), sin manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular en el momento de la inclusión, pero con alta probabilidad de sufrirlas por tener tres o mas factores de riesgo o DM	Los grupos que siguieron una DMed más aceite de oliva o frutos secos presentaron una reducción del riesgo absoluto de aproximadamente 3 complicaciones cardiovasculares mayores cada 1.000 personas/año, lo que supone una reducción del RR de aproximadamente un 30%. El grupo asignado a DMed+ aceite de oliva y el asignado a DMed + frutos secos mostraron frente al grupo control HRa = 0,70 (IC95%, 0,54-0,92) y HRa = 0,72 (IC95%, 0,54-0,96) respectivamente. Los resultados del PREDIMED demuestran de forma concluyente el efecto de la DMed en la prevención de la enfermedad cardiovascular.	Demostrada la eficacia de un patrón de DMed en la prevención de la enfermedad cardiovascular y sus principales factores de riesgo, debería dedicarse mayor atención las medidas higiénico-dietéticas.
Kronish IM. (27)	<b>Ensayo</b>	Evaluaciones de referencia, participantes asignados al azar al grupo de intervención de educación durante 6 semanas de seguimiento, grupo control acceso a talleres con un año de espera; ambos grupos recibieron un paquete de información.	Muestra de 600 pacientes de Nueva York con AIT previo y bajos ingresos.	La proporción con la presión arterial controlada a los 6 meses fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo control (76% frente a 67%). Esto corresponde a un cambio mayor en la presión arterial sistólica en la intervención frente al grupo control (-3,63 SD, 19,81 mm Hg frente a 0,34 SD, 23,76 mm Hg, p = 0,04). No hubo diferencias entre los grupos en el control del colesterol o el uso de antitrombóticos.	Los pacientes que acudieron al taller de autogestión mejoraron su presión arterial pero no el colesterol y el uso de antitrombóticos en relación con el grupo control.
Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. (28)	<b>Ensayo</b>	Realización de tres grupos de seguimiento con tres dietas: dieta mediterránea +aceite de oliva virgen extra, dieta mediterránea + nueces mixtas , o una dieta control (consejos para reducir la grasa en la dieta). Todos los grupos recibieron 6 sesiones informativas.	Muestra de 288 pacientes hombres y mujeres de 55 a 80 años sin enfermedad cardiovascular al inicio con 3 de los FRCV.	Los dos grupos de dieta mediterránea tenían una buena adherencia a la intervención, de acuerdo con la ingesta de auto-reporte y análisis de biomarcadores. Un evento de punto final primario ocurrió en 288 participantes. Los cocientes de riesgo multivariable ajustados fueron 0,70	Entre personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular una Dieta Mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen o frutos secos disminuye la incidencia de eventos cardiovasculares mayores.

Autor /Autores	Tipo de estudio	Recogida información	Muestra	Resultados	Conclusiones
Rigau Comas D, Gil Núñez A, Abilleira Castells S, Borrás Pérez F, Armario García P, Arrieta Antón E, et al(21)	<b>Guía de práctica clínica</b>	Comunes de la elaboración de guías para el SNS. Criterios del instrumento AGREE, para los niveles de evidencia propuesta de SIGN.		A pesar de que los ictus ocurren con más frecuencia en personas de edad avanzada y con factores de riesgo vascular, la mayoría de los ictus ocurre en personas con un riesgo teórico bajo y en las que a menudo no se realiza ninguna intervención. La implementación en toda la población adulta de estrategias de evaluación del riesgo vascular y en aquellos casos que lo requieran, y el inicio de intervenciones para reducir la presión arterial, abandonar el tabaquismo y mejorar la dieta podrían salvar más vidas que todos los tratamientos trombolíticos, antiagregantes y neuroprotectores juntos	
Díez-Ascaso O, Martínez-Sánchez P, Fuentes B, Díez-Tejedor(1)	<b>Cualitativo</b>	Entrevistas semiestructuradas, en profundidad (preguntas abiertas) y observación participante.	Muestra de 100 pacientes con ictus previo, escala ranking modificada con puntuación mayor de tres, sin afasia ni disartria grave	83% no reconoce que le ocurre al sufrirlo, 56% acudió a urgencias, 19% identifica sus factores de riesgo vascular, 57% cree que fue fortuito, 75% no entiende discurso biomédico. El desconocimiento de la enfermedad se asocio a nivel educativo bajo.	Conocimiento de enfermedad y factores de riesgo vascular escaso, lo perciben como algo fortuito, comunicación médica paciente ineficaz.



(Anexo III) **Cartelería**

## PROGRAMA DE SALUD: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ICTUS



# CUÍDALO

SESIÓN 1: TODO SOBRE EL ICTUS

SESIÓN 2: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

SESIÓN 3: ALIMENTACIÓN

SESIÓN 4: EJERCICIO Y VIDA SANA

CONSULTA CON TU ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
**Universidad Zaragoza**



(Anexo IV) **Ficha inicial**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ICTUS; CUÍDALO**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

HTA: \_\_\_\_\_

Colesterol: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Perímetro Abdominal: \_\_\_\_\_

Tensión arterial: \_\_\_\_\_ Cifra de colesterol: \_\_\_\_\_

Dislipemia: SI ☐ NO ☐

Diabetes: SI ☐ NO ☐

Glucemia: \_\_\_\_\_ HB Glicosilada: \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: SI ☐ NO ☐

- Unidades consumidas: \_\_\_\_\_ Día/ \_\_\_\_\_ Semana/

Consumo tabaco diario: \_\_\_\_\_

Otros hábitos tóxicos: \_\_\_\_\_

Ejercicio / Horas semanales: \_\_\_\_\_

Resultado tabla score: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Anexo V) **Tríptico del Programa**

